



DISTRITO ESCOLAR DE MUHLENBERG

ANDI - Americanismo, nacionalismo e iniciativas democráticas



Estimados padres/tutores:

Encuentre el paquete de inscripción solicitado para su futuro estudiante del Centro Primario Muhlenberg. Para que su hijo sea elegible para el jardín de infantes, debe **tener 5 años el 31 de agosto o antes**.

Por favor complete TODOS los formularios en el paquete. **Asegúrese de completar el FORMULARIO MILITAR incluso si la respuesta es "NO"**. Todos los formularios deben estar firmados por el padre o tutor. Por favor busque la **"Firma del padre/tutor"** en la parte inferior de la página.

Una vez que se haya completado el paquete de registro, por favor **programar una cita** con la secretaria de registro. Las citas se pueden programar entre las 8:15 am y las 3:20 pm escaneando el código QR en la parte inferior de la página o llamando a la Senora. Santiago al 610-921-8000, extensión 5510.

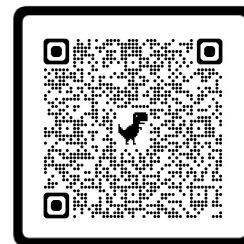
Por favor haga una copia de los siguientes documentos cuando envíe su paquete de registro.

- ☐ **Certificado de nacimiento**
- ☐ **Vacunas**
- ☐ **Estado de Hipoteca / Contrato de Arrendamiento**
- ☐ **Factura de servicios públicos (gas o electricidad)**
- ☐ **Licencia de Conducir/Identificación Estatal**

La inscripción de su hijo será **DEMORADA O INCOMPLETA** si el paquete de registro no está completamente lleno y/o falta documentación de respaldo.

No dude en ponerse en contacto conmigo si tiene alguna pregunta.

Gracias.



610 Sharp Avenue, Reading, Pensilvania 19605



Es política del Distrito Escolar de Muhlenberg no discriminar por motivos de género, discapacidad, raza, color y origen nacional en sus programas educativos, actividades o políticas de empleo según lo exige el Título IX de las Enmiendas Educativas de 1972. Las consultas sobre el cumplimiento del Título IX deben dirigirse al Superintendente Asistente (ver arriba) o al director de la Oficina de Derechos Civiles. Departamento de Salud. Educación y Bienestar. Washington. corriente continua

REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN DE NUEVOS ESTUDIANTES

Para inscribir a un nuevo estudiante en la Escuela de Muhlenberg, por favor llame a la Oficina del edificio donde está inscribiendo para programar una cita. La inscripción es sólo con cita previa.

Por favor, traiga los siguientes documentos en el momento de la inscripción:



Dos pruebas de residencia (véase más abajo)



Cartilla de vacunación



IEP



Certificado de nacimiento

Si usted es dueño/alquila una propiedad en el distrito escolar, por favor traiga:



Una factura del impuesto sobre la propiedad de 2022 o un extracto de la hipoteca del mes en curso o una escritura original registrada a su nombre que muestre la propiedad de la residencia o, si está alquilada, el contrato de alquiler original firmado (todas las páginas); y



Uno de los siguientes elementos enumerados a continuación:

- Prueba de residencia del Registro de Votantes del Condado; o
- Matrícula actual del vehículo con la dirección de la propiedad de la residencia; o
- Factura de servicios públicos a su nombre del mes en curso en la que figure la dirección de la propiedad de la residencia (la factura del teléfono móvil no es un servicio público); o
- Talones de cheques/estado de cuenta de salarios, asistencia pública o Seguridad Social que muestren la dirección de la propiedad de la residencia.

Si se comparte la vivienda con otra persona o familia del distrito escolar, además de las pruebas anteriores para el propietario, los padres también deben traer;



Nuestro formulario de Certificado de Residencia firmado por el residente principal de la vivienda y suscrito y jurado ante notario y;



Dos de los elementos que se enumeran a continuación:

- Prueba de residencia del Registro de Votantes del Condado; o
- Matrícula actual del vehículo con la dirección de la propiedad de la residencia; o
- Factura de servicios públicos a su nombre del mes en curso en la que figure la dirección de la propiedad de la residencia (la factura del teléfono móvil no es un servicio público); o
- Talones de cheques/estado de cuenta de salarios, asistencia pública o Seguridad Social que muestren la dirección de la propiedad de la residencia.

Un padre/tutor debe estar presente para que el estudiante se inscriba
Si tiene preguntas, póngase en contacto con la Oficina del edificio donde está inscribiendo
para programar una cita. La inscripción es sólo con cita previa.

NECESITAMOS LA SIGUIENTE INFORMACION AL MOMENTO DEL REGISTRACION

- Paquete de registro completo
- Dos pruebas de residencia (ver mas abajo)
- Acta de nacimiento
- Registros de vacunas
- Transcripcion, tiempo actual, ultima targeta de calificaciones y calificaciones de retiro si es la mitad del tiempo escolar
- IEP (Programa de Educacion Individual) si corresponde

Si posee/alquila una propiedad en el distrito escolar, se requiere lo siguiente que muestre el nombre del padre/tutor:

1. Una factura de impuestos sobre la propiedad, declaracion de hipoteca o escritura registrada a su nombre que muestre la propiedad residencial o el contrato de arrendamiento/alquiler original firmado; y en adiccion
2. Uno de los siguientes documentos enumerados a continuacion:
 - a. Prueba de residencia del Registro de Votantes del Condado; o
 - b. Registro actual del vehiculo que muestre la direccion de la propiedad de residencia; o
 - c. Factura de servicios publicos a su nombre para el mes actual que muestre la direccion de la propiedad de residencia (la factura del telefono celular no es un servicio publico); o
 - d. Talonarios de cheques/estado de cuenta de salarios, asistencia publica o Seguro Social que muestre la direccion de la propiedad de residencia.

UN PADRE/TUTOR DEBE ESTAR PRESENTE PARA PODER INSCRIBIR AL ESTUDIANTE

Si comparte una casa con otra persona o familia en el distrito escolar, usted y el residente principal necesitaran lo siguiente:

1. El residente principal debe proporcionar 2 pruebas de residencia mencionadas anteriormente.
2. El Certificado de Domicilio firmado por el residente principal de la vivienda y suscrito y jurado ante Notario Publico y;
3. Debe proporcionar dos de los elementos enumerados a continuacion dentro de los 30 dias:
 - a. Prueba de residencia del Registro de Votantes del Condado; o
 - b. Registro actual del vehiculo que muestre la direccion de la propiedad de residencia; o
 - c. Factura de servicios publicos a su nombre para el mes actual que muestre la direccion de la propiedad de residencia (la factura del telefono celular no es un servicio publico); o
 - d. Talonarios de cheques/estado de cuenta de salarios, asistencia publica o Seguro Social que muestre la direccion de la propiedad de residencia.

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
DE ESTUDIANTES DEL DISTRITO
ESCOLAR DE MUHLENBERG**

Página 1 de 2

La fecha de hoy: _____

Marque abajo la escuela a la que ingresa el estudiante:

☐ Centro de Primaria (K-3)

☐ Escuela Intermedia C.E. Cole (4-6)

☐ Escuela JH (7-9)

☐ Escuela secundaria (10-12)

☐ Escuela virtual (K-12)

**POR FAVOR, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN
VITAL**

Apellido del estudiante	Nombre	Segundo nombre	Nombre de soltera de la madre	Grado actual	Sexo
Número de la Seguridad Social *	Fecha de nacimiento	Ciudad/estado/país de nacimiento		Teléfono de casa () ☐ Compruebe si no está en la lista	
Dirección del estudiante		¿Es el estudiante de etnia hispana o latina?		Categoría de raza (marque todas las que correspondan)	
Dirección		☐ Sí ☐ No		☐ Indio americano/nativo de Alaska Blanco/ ☐ caucásico ☐ Negro/afroamericano ☐ Asiático/de las islas del ☐ Pacífico Multirracial	
Ciudad/Estado					
Código postal					
Fecha en que su estudiante asistió por primera vez a una escuela en los Estados Unidos (mes/año)			La fecha en que su estudiante asistió por primera vez a una escuela pública de PA o la fecha en que su estudiante devuelto a una escuela pública de PA (Mes/Año)		

INFORMACIÓN DEL HOGAR PRINCIPAL: Utilice la página 2 para proporcionar información relativa a otro(s) padre(s) y/o

tutor(es). Nombre de la(s) persona(s) con la(s) que vive el estudiante: (Marque una)

☐ Ambos padres

☐ Sólo la madre

☐ Sólo el Padre

☐ El mismo

☐ Padres de acogida

☐ Tutor

☐ Madre/padrastro

☐ Padre/madrastra

☐ Otros (especifique) _____

Apellido	Nombre	Nombre y dirección del empleador	Teléfono de trabajo: () Ext. Celular/Pager: ()
Apellido	Nombre	Nombre y dirección del empleador	Teléfono de trabajo: () Ext. Celular/Pager: ()

Dirección de correo electrónico de los padres/tutores: _____

Dirección del padre/tutor de la residencia principal	Ciudad/Estado/Código postal
Dirección postal del padre/tutor (si es diferente a la anterior)	Ciudad/Estado/Código postal

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: Enumere dos (2) personas locales (aparte de usted) que estén disponibles durante el día escolar y que hayan acordado cuidar y proporcionar transporte a su estudiante si se enferma o se lesiona y usted no puede ser localizado. **Intentamos contactar a los padres primero.**

Nombre	Relación con el estudiante	Dirección	Teléfono de día: () Ext.
Nombre	Relación con el estudiante	Dirección	Teléfono de día: () Ext.

Indique el nombre de su médico de cabecera con el que puede ponerse en contacto el personal de la escuela cuando no se pueda localizar a los padres y sea necesaria la asistencia médica. Por favor, tenga en cuenta que cuando la Unidad Médica del Departamento de Bomberos responda, se pondrán en contacto con un médico de la sala de emergencias disponible, quien a su vez podrá ponerse en contacto con su médico de cabecera. Si no tiene médico de cabecera, puede indicar cualquier médico local.

Nombre y teléfono del médico de cabecera

Nombre y teléfono del dentista de cabecera

Si la custodia legal de un niño está dividida entre dos padres, debe adjuntar una copia certificada de la orden judicial que

Formulario de inscripción de estudiantes del distrito escolar de**Muhlenberg - Página 2 Nombre del estudiante:** _____**INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR:**

Última escuela a la que asistió	Grado	Dirección de la antigua escuela, ciudad, estado y código postal
¿Su hijo fue retenido alguna vez? ☐ No En caso ☐ Sí	¿Su hijo ha asistido alguna vez al Distrito Escolar de Muhlenberg? ☐ Sí ☐ No	
afirmativo, en qué grado: _____		
¿Su hijo ha estado alguna vez inscrito en un programa especial? En caso afirmativo, especifique: ☐ Sí ☐ No		
Nombres, fechas de nacimiento y grado de los hermanos del estudiante nivel si asisten al Distrito Escolar de Muhlenberg :		
Nombre:	Nombre:	Nombre:
Fecha de nacimiento: Grado:	Fecha de nacimiento: Grado:	Fecha de nacimiento: Grado:
Nombre:	Nombre:	Nombre:
Fecha de nacimiento: Grado:	Fecha de nacimiento: Grado:	Fecha de nacimiento: Grado:

INFORMACIÓN DEL SEGUNDO HOGAR:

Nombre de los padres y/o tutores que no figuran en la información principal del hogar.

Apellido	Nombre	Relación con el estudiante	Nombre/dirección del empleador
Teléfono móvil: ()		Teléfono de trabajo: () Ext.	
Teléfono de casa: ()		Dirección de correo electrónico de los padres/tutores	¿Puede este padre/tutor recoger al estudiante en la escuela? ☐ Sí ☐ No
Compruebe si no está en la lista			
Apellido	Nombre	Relación con el estudiante	Nombre/dirección del empleador
Teléfono móvil: ()		Teléfono de trabajo: () Ext.	
¿Debería enviarse también el correo escolar a este hogar? ☐ Sí ☐ No		¿Puede este padre/tutor recoger al estudiante en la escuela? ☐ Sí ☐ No	
Dirección de residencia del padre/tutor			Ciudad/Estado/Código postal
Dirección postal del padre/tutor (si es diferente a la anterior)			Ciudad/Estado/Código postal

Comentarios adicionales que nos ayuden a atender a su alumno (guardería, etc.):

Verifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. La falsificación de cualquier información o documento requerido para la inscripción del estudiante puede resultar en la revocación de la inscripción del estudiante, siendo responsable de reembolsar al distrito por los gastos incurridos para educar a este estudiante, y/o acción civil y criminal.

Firma del padre/tutor

FechaFirma del padre/tutor

Fecha

**VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA
DEL DISTRITO ESCOLAR DE
MUHLENBERG**

Año escolar: 20__ - 20__

La escuela: _____

I. Información de identificación - por favor, escriba en letra de molde

Este formulario debe ser completado por el padre o tutor legal del estudiante y firmado/testimonio por un empleado del distrito escolar. Debe presentar una declaración jurada de residencia por separado para cada niño inscrito en el distrito. Puede fotocopiar este formulario.

A. Información del estudiante:

Nombre del estudiante _____
Nombre/Antónimo/Apellido

Dirección _____
Dirección/ciudad/estado/código postal

Fecha de nacimiento _____ Grado _____

B. El estudiante vive con: Escriba el nombre(s) y la relación con el estudiante:

Nombre completo del padre o tutor: _____

Relación con el estudiante: _____

Nombre completo del padre o tutor: _____

Relación con el estudiante: _____

C. Dirección: TENGA EN CUENTA QUE LA OFICINA DE CORREOS NO ES ACEPTABLE COMO DIRECCIÓN DE RESIDENCIA.

Dirección _____
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal

Número de teléfono _____
Casa/Trabajo/Celular

Declaro bajo pena de perjurio que este estudiante reside en la dirección arriba indicada. También me comprometo a notificar a la escuela en un plazo de dos (2) semanas cuando la residencia haya cambiado. Entiendo que se debe presentar una nueva declaración jurada y una nueva prueba de residencia. Si me mudo fuera del distrito, se requerirán los formularios correspondientes. Entiendo que una transferencia entre distritos puede no ser aceptada por el distrito.

La falsificación de cualquier información o documento requerido para la verificación de la residencia o el uso de la dirección de otra persona sin residir realmente en ella tendrá como resultado: a) la revocación de la inscripción del estudiante; b) ser responsable de reembolsar al distrito los gastos incurridos para educar a este estudiante; y/o c) acciones civiles y/o criminales resultantes de fraude, tergiversación y negligencia.

Firma del padre/tutor/cuidador _____

Fech
a

Suscrito y jurado ante mí en este _____ día de _____, 20__.

FIRMA OFICIAL DEL DISTRITO ESCOLAR

II. Residencia

A. Verificación de la residencia conjunta

La persona con la que vive el estudiante y que reclama su custodia debe adjuntar una prueba de residencia, fechada en los últimos 30 días y debe mostrar el nombre legal del padre, tutor o cuidador y su dirección.

IMPRIMA EL NOMBRE Y EL APELLIDO DE LA(S) PERSONA(S) que proporciona(n) prueba de residencia, declaro bajo pena de perjurio, que el estudiante arriba mencionado vive en esta dirección conmigo. También me comprometo a notificar a la escuela dentro de dos (2) semanas cuando la residencia haya cambiado.

NombreApellidoFirma(s) de la(s) persona(s)

B. Prueba de residencia (todas las pruebas de residencia deben ser originales):

Si posee/alquila una propiedad en el distrito escolar, adjunte:

1. Una factura del impuesto sobre la propiedad del año en curso, la declaración hipotecaria del mes más reciente o la escritura original registrada a su nombre en la que figure la propiedad de la residencia o el contrato original de arrendamiento/alquiler firmado que identifique al estudiante o estudiantes como inquilinos; y
2. Uno de los siguientes elementos enumerados a continuación:
 - a. Prueba de residencia del Registro de Votantes del Condado; o
 - b. Matrícula actual del vehículo con la dirección de la propiedad de la residencia; o
 - c. Factura de servicios públicos a su nombre del mes en curso en la que figure la dirección de la propiedad de la residencia (la factura del teléfono móvil no es un servicio público); o
 - d. Talones de cheques/estado de cuenta de salarios, asistencia pública o Seguridad Social que muestren la dirección de la propiedad de la residencia.

Si comparte vivienda con otra persona o familia en el distrito escolar, adjúntela:

1. El certificado de residencia firmado por el residente principal de la vivienda y suscrito y jurado ante notario; y
2. Dos de los artículos enumerados a continuación en un plazo de 30 días :
 - a. Prueba de residencia del Registro de Votantes del Condado; o
 - b. Matrícula actual del vehículo con la dirección de la propiedad de la residencia; o
 - c. Factura de servicios públicos a su nombre del mes en curso en la que figure la dirección de la propiedad de la residencia (la factura del teléfono móvil no es un servicio público); o
 - d. Talones de cheques/estado de cuenta de salarios, asistencia pública o Seguridad Social que muestren la dirección de la propiedad de la residencia.

NOTA:

Cuando los padres residen en distritos escolares diferentes, el niño deberá asistir a la escuela en el distrito del padre con el que vive la mayor parte del tiempo, a menos que una orden judicial o un acuerdo de custodia aprobado por el tribunal especifique lo contrario. Si el progenitor se basa en una orden judicial o en un acuerdo de custodia como base para matricular al niño, deberá proporcionar una copia de la orden o del acuerdo.

Los padres son responsables de notificar inmediatamente a la escuela cualquier cambio en la orden judicial.

También se requiere una orden de custodia o dependencia cuando un residente está tratando de inscribir al niño bajo 24 P.S. §13-1302 (a) (1) que requiere "la documentación legal apropiada para demostrar la dependencia o la tutela".

**Distrito Escolar de Muhlenberg
Declaración de Registro de Padres**

Nombre del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Nombre de Padre/Guardian _____

Dirección _____

Número de Teléfono _____

El Código Escolar de Pensilvania §13-1304-A establece en parte "Antes de la admisión a cualquier entidad escolar, el padre, tutor u otra persona que tenga el control o la responsabilidad de un estudiante deberá, en el momento de la inscripción, proporcionar una declaración jurada o una afirmación que indique si el alumno fue o es actualmente suspendido o expulsado de cualquier escuela pública o privada de este Estado o de cualquier otro estado por una acción de ofensa que implique un arma, alcohol o drogas, o por infligir intencionadamente una lesión a otra persona o por cualquier acto de violencia cometido en la escuela".
propiedad".

Por favor, complete lo siguiente:

Por la presente juro o afirmo que mi hijo _____ no fue _____ previamente suspendido o expulsado, o es _____ no está _____ actualmente suspendido o expulsado de cualquier escuela pública o privada de esta Mancomunidad o de cualquier otro estado por un acto o delito que involucre armas, alcohol o drogas, o por infligir intencionalmente lesiones a otra persona o por cualquier acto de violencia cometido en la propiedad escolar. Hago esta declaración sujeto a las penas de 24 P.S. §13-1304-A(b) y 18 Pa. C.S.A. §4904, en relación con la falsificación no jurada a las autoridades, y los hechos aquí contenidos son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender.

Si este estudiante ha sido o es actualmente suspendido o expulsado de otra escuela. Por favor complete:

Nombre de la escuela de la que el estudiante fue suspendido o expulsado: _____

Fechas de suspensión o expulsión: _____

(Proporcione otras escuelas y fechas de expulsión o suspensión en el reverso de esta hoja).

Motivo de la suspensión/expulsión _____
(opcional)

Firma de Padre/Guardian

Fecha

Cualquier declaración falsa intencionada realizada anteriormente será un delito menor de tercer grado
Este formulario se mantendrá como parte del registro disciplinario del estudiante.

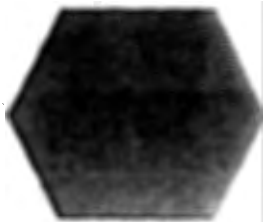
DISTRITO ESCOLAR DE MUHLENBERG
CUESTIONARIO DE RESIDENCIA ESTUDIANTIL

Estimado Padre o Guardian:

Sus respuestas a estas preguntas ayudarán al personal escolar determinar qué documentos de residencia son necesarios para inscribir a su hijo/a. Gracias por su cooperación.

1. Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Persona completando el formulario: _____
Relación al estudiante: _____

2. ¿En qué tipo de entorno vive el niño ahora? Marque una casilla abajo:

Sección A	Sección B
☐ En un refugio de emergencia o de transición ☐ Compartiendo la vivienda de otras personas por pérdida de Vivienda, dificultades económicas, o razones similares. ☐ En un motel, hotel, camping o automóvil debido a la falta de alternativa, alojamiento adecuado ☐ Un coche, parque, espacio público, edificio abandonado, Alojamiento deficiente, estaciones de autobús o tren, o configuraciones similares ☐ Otros lugares no diseñados para, o normalmente utilizados como, alojamiento para dormir regular para los seres humanos CONTINÚE CON LAS PREGUNTAS DE ABAJO SI COMPROBÓ UNA CAJA EN LA SECCIÓN A	☐ Ninguna de las opciones en la SECCIÓN A aplica  Si marcó esta sección, no necesita completar las preguntas 3 a 6. Firme, feche el formulario y devuélvalo con su paquete de registro.

3. Número de contacto de la persona que completa este formulario: _____
Dirección donde vive el niño/a: _____

4. El niño/a vive con (Marque todo lo que corresponda):

☐ Padre o Guardian legal

☐ Pariente, amigo u otro adulto

☐ Solo

☐ Otro: _____

5. Nombre, dirección y número de teléfono de la escuela a la que asistió el niño por última vez: _____

6. ¿Tiene el niño/a un IEP o un Acuerdo del Capítulo 15/504??

☐ No

☐ Sí. Por favor explique: _____

Firma de Padre / Guardian Legal: _____ Fecha: _____

138-A English as a Second Language (ESL) Core Program

DISTRITO ESCOLAR DE MULENBERG ENCUESTA DE IDIOMA EN EL HOGAR

La oficina de Derechos Civiles (OCR) requiere que los distritos escolares de las escuelas / Escuelas Charter / Día Completo AVTS Identificado con Proficiencia Limitada en Inglés Estudiantes de (LEP) a fin de proporcionar programas de instrucción de lenguaje apropiado para ellos. Pennsylvania ha seleccionado la Encuesta de Idiomas en el Hogar como el método para la identificación.

Distrito Escolar: Distrito Escolar de Muhlenberg

Fecha: _____

Escuela: ☐ Muhlenberg Elementary Center
☐ Muhlenberg Junior High School

☐ C.E. Cole Intermediate
☐ Muhlenberg High School

Nombre de Estudiante: _____

Grado: _____

1. ¿Cuál es / fue el primer idioma del estudiante? _____

2. ¿El estudiante habla otro idioma(s) además del Inglés? ☐ Sí ☐ No

(No incluya los idiomas aprendidos en la escuela.)

Si es Sí, especifique el idioma(s): _____

3. ¿Qué idioma(s) es / son hablados en su hogar? _____

4. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? _____

5. ¿Cuál es el idioma principal que se escribe en su hogar? _____

6. Ha asistido el estudiante alguna escuela de los Estados Unidos en los últimos 3 años, de su vida?

☐ Sí ☐ No

Si contesto Si, complete lo siguiente:

Nombre de la Escuela	Estado	Fechas que Atendió
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Persona completando este formulario (si no es el padre / tutor): _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Actualizado julio 2013

**Formulario de Asistencia para la Inscripción de
Estudiantes del Distrito Escolar de Muhlenberg**

Nombre del estudiante: _____

¿Recibió su hijo asistencia, instrucción o servicios especiales en su anterior escuela?
Por favor, marque todo lo que corresponda.

Servicios de Apoyo a la Educación Regular

- ☐ Servicios de inglés como segundo idioma
☐ Servicios de recuperación de lectura (Título
☐ Uno, etc.) Servicios de recuperación de
matemáticas

- ☐ Apoyo del consejero de
☐ orientación Apoyo del trabajador
☐ social Educación alternativa

Otros: _____

Servicios de Educación Especial

- ☐ Apoyo al aprendizaje (especifique) _____
☐ Apoyo a las habilidades de vida (por favor, especifique) _____
☐ Apoyo emocional (especifique) _____
☐ Apoyo físico (especifique) _____
☐ Apoyo a la sordera y la audición (especifique) _____
☐ Apoyo al habla y al lenguaje (especifique) _____
☐ Apoyo para superdotados (especifique) _____
☐ Apoyo a las discapacidades múltiples (especifique) _____
☐ Apoyo a los ciegos y a la visión (especifique) _____

Apoyo a los autistas (especifique) _____

Otros Servicios

- ☐ Terapia ocupacional (especifique) _____
☐ Terapia física (especifique) _____
☐ Plan de intervención en el comportamiento (especifique) _____
☐ Servicios de enfermería (especifique) _____
☐ Mi hijo ha faltado mucho a la escuela por enfermedad u otras razones (especifique) _____

Firma de padres

Fecha

Firma de padres

Fecha

Formulario de Salida Alternativa de Estudiantes del Distrito Escolar de Muhlenberg

El distrito escolar reconoce que puede haber momentos durante el año escolar en los que el estudiante puede necesitar ser despedido temprano de la escuela debido a una enfermedad, emergencia familiar, cita con el médico, etc. También reconoce que a veces el padre o tutor puede no estar disponible para recoger al estudiante de la escuela. Por favor, rellene a continuación los nombres y números de teléfono de las personas que están autorizadas a recoger a su hijo de la escuela. Se requiere una nota con el nombre de la persona que recogerá al estudiante para todas las salidas tempranas. Se requerirá la verificación del padre o tutor para que el estudiante sea despedido por cualquier persona que no esté en esta lista. Se recuerda a los padres de los estudiantes en edad de conducir que los estudiantes no serán liberados de la escuela para conducir a casa sin una nota de los padres o tutores.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Nombre: _____

Teléfono _____

Relación con el estudiante: _____

Nombre: _____

Teléfono _____

Relación con el estudiante: _____

Nombre: _____

Teléfono _____

Relación con el estudiante: _____

Nombre: _____

Teléfono _____

Relación con el estudiante: _____

Nombre: _____

Teléfono _____

Relación con el estudiante: _____

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma de los padres/tutores

Fecha

Teléfono _____

Teléfono _____



Encuesta para hijos de Padres/Encargados militares

Estimados Padres / Encargados:

El Distrito Escolar de Muhlenberg es requerido por ESSA (Every Student Succeeds Act) recopilar e informar la información a continuación sobre todos los niños militares. Esta información es PRIVADA y CONFIDENCIAL y sólo se usará para informar al Departamento de Educación de Pensilvania. Llenar esta información no afectará los beneficios que usted reciba. Sólo necesita completar UNA forma por hogar. Envíe el formulario a la escuela con UNO de sus hijos. Tenga en cuenta: **es MUY importante que este formulario se llene completamente y se devuelva.** Gracias por su asistencia.

Primera Parte: Llene su información		
Nombre de Padre/Encargado:		
Dirección:	Apt. #:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Segunda Parte: Llene para todos los niños que viven en su hogar en los grados K - 12			
Nombre y Apellido de Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado

Tercera Parte: ¿Es el padre o encargado de los Estudiantes un miembro de servicio activo de una rama de las fuerzas armadas (Ejército, Naval, Fuerza Aérea, Cuerpo de Marines, Guardacostas) que incluye la Reservas o la Guardia Nacional a tiempo completo?

☐ SÍ	☐ NO
-----------------------------	-----------------------------

* Si un padre y / o encargado se ha alistado después de haber completado este formulario, por favor notifique a la escuela del estudiante para completar un nuevo formulario.

Noticias importantes y excitantes :)



ClassDojo

¡Nuestra clase está usando ClassDojo!

Hola padres de familia,

Este año estoy usando ClassDojo para fomentar habilidades importantes, como el trabajo duro y la participación. También lo voy a usar para comunicarme con ustedes: podemos compartir al instante mensajes, actualizaciones y fotos de la clase. Es la manera más fácil para que ustedes puedan ver cómo está su hijo en la escuela y se pongan en contacto conmigo.

¡Me gustaría que todas las familias se unieran a mí y se registraran en ClassDojo! Se puede utilizar en cualquier dispositivo: **es una aplicación móvil sencilla**, gratis para iOS y Android, y también se puede utilizar desde una computadora en: www.classdojo.com.

Voy a necesitar su número de celular o correo electrónico para invitarlos a ClassDojo. Nuestro objetivo de clase es que todas las familias llenen y **devuelvan la información de abajo para mañana**. No duden en hacer cualquier pregunta.

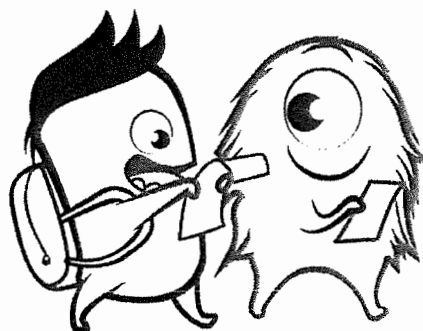
¡Muchas gracias!

¡Aprenda más acerca de ClassDojo!

Utilizado por los maestros en 1 de cada dos escuelas, ClassDojo es la aplicación de gestión del aula más popular en los EE.UU. Para saber más acerca de por qué estamos muy contentos de utilizar ClassDojo, y de cómo es segura y simple para todos:

www.classdojo.com/LearnMore

www.classdojo.com/PrivacyCenter



Por favor, envíenme mi invitación para ClassDojo

Nombre del estudiante: _____

Su nombre: _____

Su correo electrónico: _____

Para el padre / tutor: Corrija o agregue información y devuélvala al maestro principal de su hijo al: [date]

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
 Último Primero Medio Autobús: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Género: Mujer Hombre No especificado Teléfono principal: _____

Dirección particular: _____ Apto. _____ Ciudad _____ Código postal _____

Nombre del padre / tutor (contacto principal): _____ Relación _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Otro teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del padre / tutor (segundo contacto): _____ Relación _____

Dirección (si es diferente): _____ Apto. _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Otro teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Si los padres están divorciados o separados, ¿quién tiene la custodia física legal? Los padres deben notificar al distrito inmediatamente si hay un cambio.

Conjunta _____ Madre _____ Padre _____ Tutor _____

En caso de enfermedad, emergencia o accidente, no se puede localizar al padre / tutor; Los siguientes adultos están autorizados a actuar en nombre del padre / tutor:

1. Nombre: _____ Relación _____ Teléfono _____
2. Nombre: _____ Relación _____ Teléfono _____
3. Nombre: _____ Relación _____ Teléfono _____
4. Nombre: _____ Relación _____ Teléfono _____

* Fecha del examen físico más reciente de su hijo/a ____/____/____ lugar del examen _____

* Fecha del examen dental más reciente de su hijo/a ____/____/____ lugar del examen _____

*** Doy mi permiso para compartir la información médica necesaria con el personal apropiado que trabaja directamente con mi hijo/a en interés de su salud, seguridad y bienestar.**

Firma del padre / tutor _____ Fecha ____/____/____

**** Doy permiso para que el personal de enfermería escolar con licencia de Servicios de Salud del Distrito Escolar de Muhlenberg administre medicamentos de venta libre (como medicamentos para el dolor, fiebre, malestar estomacal, tos o reacción alérgica) y / o medicamentos de emergencia según sea necesario de acuerdo con las órdenes médicas permanentes del Distrito Escolar de Muhlenberg.**

Alergias a medicamentos (enumere la reacción): _____

** Firma del padre / tutor: _____ Fecha ____/____/____

******* COMPLETA la PARTE POSTERIOR de esta PÁGINA *******

SÍ	Historia Pasada	NO	Estado de salud (diagnosticado por un proveedor médico)	En caso afirmativo, indique la explicación y el medicamento y / o tratamiento a continuación:
			ADD / ADHD	¿Medicamento?
			Asma***	Inhaler?
			Diabetes ***, Tipo:	Explique:
			Migrañas ***	Explique:
			Alergia a la comida***	Enumere la comida y la reacción:
			Alergia a un medicamento	Enumere el medicamento y la reacción:
			Alergia a las abejas que amenaza la vida Requiere Epi-Pen **	Enumere la reacción:
			G6PD***	Lista de desencadenantes:
			Trastorno de convulsiones / epilepsia ***	Última convulsión:
			Problema de visión	¿Tiene anteojos o lentes de contacto (circule cuál)?
			Problema de audición	¿Audífono?
			Problemas emocionales o de comportamiento	Explique::
			Problema cardíaco (corazón)	Explique::
			Lesión en la cabeza / Conmoción Cerebral	Explique::
			Enfermedad grave o crónica	Explique::
			Operación (es) seria (s)	Explique::
			Otro	Explique::

*** El plan de acción / emergencia para el cuidado durante la escuela debe ser completado por el proveedor médico del niño/a.

Estos formularios están disponibles a través del sitio web de Servicios de salud o la enfermera de la escuela.

Enumere los medicamentos que su hijo /a está tomando actualmente si no se enumeran arriba Nombre del medicamento:	Dosis	Con qué Frecuencia	Razón para tomar medicamentos

[illegible]

**Distrito Escolar de Muhlenberg
Departamento de Servicios de Salud**

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Grado:** _____

NATURALEZA Y PROPÓSITO DEL REGISTRO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

- Entiendo que a veces la información médica que se le da a la enfermera de la escuela es importante para compartirla con el personal profesional de la educación para que entiendan cómo ciertos problemas médicos pueden afectar el trabajo escolar de mi hijo, su actividad y/o su salud en la escuela.
- Entiendo que toda la información médica se mantendrá confidencial por el personal de los servicios de salud de MSD y se compartirá con otros profesionales de la educación según sea necesario sólo con el fin de apoyar la salud y la educación de mi hijo.
- Entiendo que se requiere mi permiso por escrito para compartir el registro de salud de mi hijo con cualquier otra institución o agencia con la excepción de los registros de inmunización.

Firma del padre/tutor: _____

EXÁMENES DE SALUD. EXÁMENES FÍSICOS Y DENTALES

La ley escolar de Pennsylvania ordena que todos los estudiantes en los grados de Kindergarten a 12th grado sean sometidos a exámenes específicos de salud anualmente. Entiendo que la ley del Estado de Pensilvania requiere:

- Examen de altura, peso y visión (anualmente en los grados K-12)
- Examen auditivo (grados K-3, 7-11)
- Examen de escoliosis (grados 6 y 7)
- Examen físico (grados K o 1, 6-11)
- Examen dental (grados K-1, 3, 7)

Los padres/tutores deben **elegir familia o escuela** en la siguiente declaración:

Fecha del último examen físico: _____ **Fecha del último examen dental:** _____

POR FAVOR, MARQUE UNA OPCIÓN

- Deseo que el examen **físico** de mi hijo sea realizado por **FAMILIA** **ESCUELA** médico.
- Deseo que el examen **dental** de mi hijo sea realizado por **la FAMILIA** **ESCUELA** dentista.

Firma de padre/tutor: _____

(OVER)

REGISTROS DE VACUNAS

Los niños de cualquier grado, desde el jardín de infancia hasta el 12, incluyendo todas las escuelas públicas, privadas, parroquiales o no públicas, las escuelas de formación profesional, las unidades intermedias, los programas de educación especial y de educación en el hogar, las escuelas cibernéticas y las escuelas concertadas en este estado, *deben mostrar una prueba de vacunación antes de poder asistir a la escuela en el Estado de Pensilvania.* (28 Pa. Code Chapter 23, subchapter C)

Las siguientes vacunas son requeridas como condición de asistencia en TODOS LOS GRADOS:

* 4 dosis de tétanos y difteria que suelen administrarse como DTP, DtaP, DT o Td

(Una de las dosis debe administrarse a partir de los 4 años de edadth)

* 3 dosis de polio

* 2 dosis de sarampión, paperas y rubeola (MMR)

(La primera dosis debe administrarse a partir del preimer cumpleaños)

* 3 dosis de hepatitis B

* 2 dosis de vacuna contra la varicela

(La primera dosis debe administrarse a partir del 1er cumpleaños) O

* Historia de la enfermedad de la varicela

Los estudiantes que ingresan al 7 grado necesitan lo siguiente:

*1 dosis de tétanos, difteria, tos ferina acelular (Tdap, Dtap, Td) si han transcurrido 5 años desde la última vacunación antitetánica.

*1 dosis de vacuna meningocócica conjugada (MCV)

Vacunación completa a partir de _____

Vacunación **NO completa** a partir de _____

Entiendo que mi hijo/a necesita las siguientes vacunas: _____

Entiendo que la inscripción de este estudiante NO ESTÁ COMPLETADA hasta que se completen todos los requisitos de inmunización mencionados anteriormente. Además, entiendo que la admisión de este niño en el Distrito Escolar de Muhlenberg puede ser negada a menos que se proporcione una prueba de vacunas completas, una contraindicación médica o una declaración escrita de objeción religiosa a estas vacunas.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

*Doy permiso para que el personal de enfermería de la escuela del Distrito Escolar de Muhlenberg administre medicamentos de venta libre (tales como medicamentos para el dolor, la fiebre, el malestar estomacal, la tos o la reacción alérgica) y/o medicamentos de emergencia según sea necesario de acuerdo con las órdenes médicas permanentes del Distrito Escolar de Muhlenberg.

Alergias a los medicamentos: _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

INFORME DEL DENTISTA PRIVADO
SOBRE EL EXAMEN DENTAL DE UN
ALUMNO EN EDAD ESCOLAR

NOMBRE DE LA ESCUELA _____ FECHA _____ 20__

NOMBRE DEL NIÑO			EDAD	SEX O D M D F	GRADO	SECCIÓN / SALA
último	En prim er lugar	Medio				

DIRECCIÓN

Número y calle	Ciudad u oficina de correos	Distrito o municipio	Condado	Pizarra	Código postal
----------------	-----------------------------	----------------------	---------	---------	---------------

INFORME DEL EXAMEN

	CARTA DE DIENTES																
	DERECHO								IZQUIERDA								
SUPERIOR	1	2	3	4 A	5 B	6 C	7 D	8 E	9 F	10 G	11 H	12 I	13 J	14	15	16	Arriba
BAJO	32	31	30	29 T	28 S	27 R	26 Q	25 p	24 o	23 N	22 M	21 L	20 K	19	18	17	baja
SUPERIOR																	Arriba
BAJO																	baja

Está el niño bajo tratamiento Sí ☐ No ☐

Tratamiento completado Sí ☐ No ☐

Fecha del examen dental

Firma del examinador

Nombre del examinador dental en letra de molde

**Private or School
PHYSICAL EXAMINATION
OF SCHOOL AGE STUDENT**

PARENT / GUARDIAN / STUDENT:
Complete page one of this form before
student's exam. Take completed form to
appointment.

Student's name _____ Today's date _____

Date of birth _____ Age at time of exam _____ Gender: ☒ Male ☐ Female

Medicines and Allergies: Please list all prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal/nutritional) the student is currently taking:

Does the student have any allergies? ☐ No ☐ Yes (If yes, list specific allergy and reaction.)

☐ Medicines ☐ Pollens ☐ Food ☐ Stinging Insects

Complete the following section with a check mark in the YES or NO column; circle questions you do not know the answer to.

GENERAL HEALTH: <i>Has the student...</i>	YES	NO
1. Any ongoing medical conditions? If so, please identify: ☐ Asthma ☐ Anemia ☐ Diabetes ☐ Infection Other _____		
2. Ever stayed more than one night in the hospital?		
3. Ever had surgery?		
4. Ever had a seizure?		
5. Had a history of being born without or is missing a kidney, an eye, a testicle (males), spleen, or any other organ?		
6. Ever become ill while exercising in the heat?		
7. Had frequent muscle cramps when exercising?		
HEAD/NECK/SPINE: <i>Has the student...</i>	YES	NO
8. Had headaches with exercise?		
9. Ever had a head injury or concussion?		
10. Ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache, or memory problems?		
11. Ever had numbness, tingling, or weakness in his/her arms or legs after being hit or falling?		
12. Ever been unable to move arms or legs after being hit or falling?		
13. Noticed or been told he/she has a curved spine or scoliosis?		
14. Had any problem with his/her eyes (vision) or had a history of an eye injury?		
15. Been prescribed glasses or contact lenses?		
HEART/LUNGS: <i>Has the student...</i>	YES	NO
16. Ever used an inhaler or taken asthma medicine?		
17. Ever had the doctor say he/she has a heart problem? If so, check all that apply: ☐ Heart murmur or heart infection ☐ High blood pressure ☐ Kawasaki disease ☐ High cholesterol ☐ Other: _____		
18. Been told by the doctor to have a heart test? (For example, ECG/EKG, echocardiogram)?		
19. Had a cough, wheeze, difficulty breathing, shortness of breath or felt lightheaded DURING or AFTER exercise?		
20. Had discomfort, pain, tightness or chest pressure during exercise?		
21. Felt his/her heart race or skip beats during exercise?		
BONE/JOINT: <i>Has the student...</i>	YES	NO
22. Had a broken or fractured bone, stress fracture, or dislocated joint?		
23. Had an injury to a muscle, ligament, or tendon?		
24. Had an injury that required a brace, cast, crutches, or orthotics?		
25. Needed an x-ray, MRI, CT scan, injection, or physical therapy following an injury?		
26. Had joints that become painful, swollen, feel warm, or look red?		
SKIN: <i>Has the student...</i>	YES	NO
27. Had any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
28. Ever had herpes or a MRSA skin infection?		

GENITOURINARY: <i>Has the student...</i>	YES	NO
29. Had groin pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
30. Had a history of urinary tract infections or bedwetting?		
31. FEMALES ONLY: Had a menstrual period? ☐ Yes ☐ No If yes: At what age was her first menstrual period? _____ How many periods has she had in the last 12 months? _____ Date of last period: _____		
DENTAL:	YES	NO
32. Has the student had any pain or problems with his/her gums or teeth?		
33. Name of student's dentist: _____ Last dental visit: ☐ less than 1 year ☐ 1-2 years ☐ greater than 2 years		
SOCIAL/LEARNING: <i>Has the student...</i>	YES	NO
34. Been told he/she has a learning disability, intellectual or developmental disability, cognitive delay, ADD/ADHD, etc.?		
35. Been bullied or experienced bullying behavior?		
36. Experienced major grief, trauma, or other significant life event?		
37. Exhibited significant changes in behavior, social relationships, grades, eating or sleeping habits; withdrawn from family or friends?		
38. Been worried, sad, upset, or angry much of the time?		
39. Shown a general loss of energy, motivation, interest or enthusiasm?		
40. Had concerns about weight; been trying to gain or lose weight or received a recommendation to gain or lose weight?		
41. Used (or currently uses) tobacco, alcohol, or drugs?		
FAMILY HEALTH:	YES	NO
42. Is there a family history of the following? If so, check all that apply: ☐ Anemia/blood disorders ☐ Inherited disease/syndrome ☐ Asthma/lung problems ☐ Kidney problems ☐ Behavioral health issue ☐ Seizure disorder ☐ Diabetes ☐ Sickle cell trait or disease Other: _____		
43. Is there a family history of any of the following heart-related problems? If so, check all that apply: ☐ Brugada syndrome ☐ QT syndrome ☐ Cardiomyopathy ☐ Marfan syndrome ☐ High blood pressure ☐ Ventricular tachycardia ☐ High cholesterol ☐ Other: _____		
44. Has any family member had unexplained fainting, unexplained seizures, or experienced a near drowning?		
45. Has any family member / relative died of heart problems before age 50 or had an unexpected / unexplained sudden death before age 50 (includes drowning, unexplained car accidents, sudden infant death syndrome)?		
QUESTIONS OR CONCERNS	YES	NO
46. Are there any questions or concerns that the student, parent or guardian would like to discuss with the health care provider? (If yes, write them on page 4 of this form.)		

I hereby certify that to the best of my knowledge all of the information is true and complete. I give my consent for an exchange of health information between the school nurse and health care providers.

Signature of parent / guardian / emancipated student _____ Date _____

Adapted in part from the *Pre-participation Physical Evaluation History Form*; ©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.

SEND COPY OF IMMUNIZATION RECORD TO SCHOOL NURSE

STUDENT'S HEALTH HISTORY (page 1 of this form) REVIEWED PRIOR TO PERFORMING EXAMINATION: Yes ☐ No ☐

Physical exam for grade: K/1 ☐ 6 ☐ 11 ☐ Other ☐	CHECK ONE			*ABNORMAL FINDINGS / RECOMMENDATIONS / REFERRALS
	NORMAL	*ABNORMAL	DEFER	
Height: () inches				
Weight: () pounds				
BMI: ()				
BMI-for-Age Percentile: () %				
Pulse: ()				
Blood Pressure: (/)				
Hair/Scalp				
Skin				
Eyes/Vision Corrected ☐				
Ears/Hearing				
Nose and Throat				
Teeth and Gingiva				
Lymph Glands				
Heart				
Lungs				
Abdomen				
Genitourinary				
Neuromuscular System				
Extremities				
Spine (Scoliosis)				
Other				

TUBERCULIN TEST	DATE APPLIED	DATE READ	RESULT/FOLLOW-UP

MEDICAL CONDITIONS OR CHRONIC DISEASES WHICH REQUIRE MEDICATION, RESTRICTION OF ACTIVITY, OR WHICH MAY AFFECT EDUCATION

(Additional space on page 4)

Parent/guardian present during exam: Yes ☐ No ☐Physical exam performed at: Personal Health Care Provider's Office ☐ School ☐ Date of exam _____ 20____

Print name of examiner _____

Print examiner's office address _____ Phone _____

Signature of examiner _____ MD ☐ DO ☐ PAC ☐ CRNP ☐

SEND COPY OF IMMUNIZATION RECORD TO SCHOOL NURSE